補装具費（購入・修理）支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　　　年　　　月　　　日  江府町長　様  （申 請 者）  住　　所  氏　　名　　　　　　　　　　　 　　印  個人番号  （対象者との続柄　　　　　　　　　）  電　話  下記のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をいたします。  補装具費の支給申請（購入・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、その他について、各関係機関に調査、紹介、閲覧することを承諾します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | 性　別 | |  | | | | | | | 電　話 | | | |  | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  | | |  |  | | |  | | | | |  | | | |  | | |  |  | |  | | |  |  |
| 保護者氏名（対象者が18歳未満の場合） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | |  | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳  障害名 | | | 手帳番号 | | | 鳥取県  第　　　　　　号 | | | | | | | 交付年月日 | | | | | | | | | 昭和  平成 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 障害種別 | | | 機能障害 | | | | | | | | | | | | | | | | 障害等級 | | | | | | 種　　級 | | |
| 難　病 | | | 疾患名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定疾患医療受給者証で確認・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入・修理を受ける  種目及び補装具名 | | | 種目 | |  | | | | | | | | | | 補装具名 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 判定区分  判定予定日 | | | ・市町村判定 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・更生相談所判定 | | | | | | （来所判定 | | | | | 年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | | | | ・文書判定 | | | |
| 希望する  補装具業者 | | 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ | | | |  | | | | | | | | | |
| 該当する所得区分 | | | 生活保護・（低所得１・低所得２）・一般・一定所得以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯範囲の特例  に関する認定 | | | * 下記のいづれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又   は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。  １．税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。  ２．健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活保護への移行予  防措置に関する認定 | | | * 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置）を希望します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |